

ПОПЕРЕЧНО-ПЕРЕМЕННЫЙ ДОСТУП ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ.

/ Минск /

Общепринятым при аппендэктомии является косо-переменный доступ по Мак Бернею. Однако, во многих работах дается положительный отзыв о поперечно-переменной нижнебоковой лапаротомии, но без оценки результатов применения у детей.

За 10 лет /1988-1997/ в детском хирургическом центре 1-й клинической больницы г.Минска выполнено 12748 аппендэктомий, из них 68,7% поперечно-переменным доступом по Фоулеру-Вейру. Доступ использовался у детей в возрасте от 7 месяцев до 14 лет при различных клинических формах острого аппендицита и аппендикулярного перитонита, кроме общего перитонита у детей старше 8 лет. Наружным анатомическим ориентиром поперечно-переменного доступа считали дугообразную, открытую к пупку биспинарную линию, соединяющую передние верхние ости подвздошных костей по кожной складке. С учетом выявляемой зоны максимальной локальной болезненности, топографии сосудов и париетальной брюшины определены анатомически безопасные границы смещения кожного разреза в пределах $\pm 1,0 \cdot 10^{-2}$ м кверху /через точку Мак Бернея/ или книзу от биспинарной линии. Внутренний угол кожной раны - в проекции правой спигелевой линии и выше середины расстояния между пупком и лонным сочленением, наружный - на $0,5-1,0 \cdot 10^{-2}$ м кнутри от передней верхней ости правой подвздошной кости. Длину кожной раны определяли в $1/2$ расстояния между пупком и передней верхней остью подвздошной кости. Далее оперативный доступ осуществляли аналогично косо-переменному по Мак-Бернею.

Угол между плоскостями кожной и апоневротической ран не превышал 150° . При выполнении аппендэктомии, так же как и при доступе Мак-Бернея угол операционного действия зависел от расположения аппендикса, толщины брюшной стенки, возможности выведения червеобразного отростка в рану и колебался от $45-50^\circ$ до 160° . Для расширения раны достаточным оказывалось рассечение обеих стенок влагалища правой прямой мышцы живота с ее смещением кнутри. Рассечение производили в плоскости кожного разреза по Вейру.

Поперечно-переменный доступ по Фоулеру-Вейру обеспечивал у всех больных необходимые условия для выполнения аппендэктомии независимо от расположения аппендикса, кроме общего перитонита у детей старше 8 лет. Рассечение кожи с сохранением эластических структур является анатомичным и не приводило к зиянию кожной раны. Закрытие раны с применением непрерывного внутрикожного шва обеспечивало хорошие отдаленные косметические результаты: с увеличением роста пациентов послеоперационный рубец оставался линейным, шириной $0,2-0,3 \cdot 10^{-2}$ м в отличие от заметно увеличившегося до $1-1,2 \cdot 10^{-2}$ м у 46,3% детей при дос-

тупе Мак-Бернея; развитие келоидного рубца при поперечном доступе не наблюдали, при косо-переменном - у 0,4% детей. Различия в частоте послеоперационных осложнений /соответственно $4,8 \pm 0,3$ и $5,2 \pm 0,6\%$ / статистически недостоверны. Однако, при смещении книзу и кнутри от рекомендуемых анатомических границ рассечения кожи наблюдали внутрикожные гематомы у 14,4% детей в связи с нераспознанным во время операции пересечением поверхностной надчревной вены, что при доступе Мак-Бернея не отмечалось.

Приведенные результаты клинических наблюдений позволяют рекомендовать преимущественное использование поперечно-переменной нижнебоковой лапаротомии по Фоулеру-Вейру при аппендэктомиях у детей, обеспечивающей адекватные условия для оперативного приема и хорошие клинические и косметические результаты операции.